COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE

Novembre 2011

INFO-PERFORMANCE

FAVORISER LA PRATIQUE MÉDICALE DE GROUPE ET ACCROÎTRE L'INTERDISCIPLINARITÉ EN PREMIÈRE LIGNE

Les recommandations du Commissaire

En 2009, le rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux du Commissaire à la santé et au bien-être contenait dix recommandations pour améliorer les services médicaux de première ligne. En particulier, le Commissaire recommandait de « favoriser la pratique médicale de groupe » et « d'accroître l'interdisciplinarité en première ligne ».

Une importante littérature scientifique montre que la pratique médicale de groupe facilite l'accès de la population aux services de première ligne, améliore la coordination des soins et réduit l'utilisation des urgences. Un tel regroupement de médecins, qui est perçu comme la première étape de la consolidation de la première ligne de soins, est un phénomène observé partout dans le monde qui caractérise souvent les sytèmes de santé performants. Plus d'information >

De même, de nombreux exemples d'organisation des services (Kaiser Permanente, Veterans Health Administration, etc.) montrent que le travail en interdisciplinarité en première ligne permet d'accroître la qualité des soins, d'améliorer l'utilisation des ressources disponibles et de favoriser la promotion et la prévention dans le domaine de la santé.

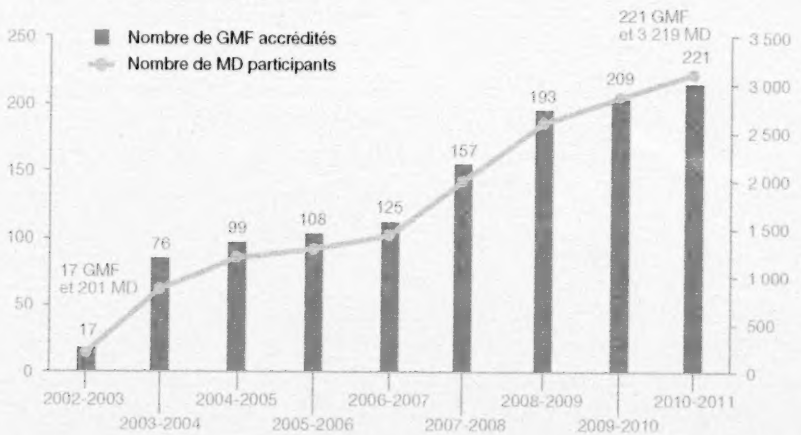
LA PRATIQUE MÉDICALE DE GROUPE EN PREMIÈRE LIGNE : DES PROGRÈS IMPORTANTS AU QUÉBEC AU COURS DES DIX DERNIÈRES ANNÉES

C'est à la suite d'une recommandation de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (Commission Clair), en 2000, que le Québec a mis en place les groupes de médecine de famille (GMF). La figure 1 montre l'évolution du nombre de GMF et de médecins participants dans ces GMF de 2002-2003 à 2010-2011. On note une progression rapide et constante de ce modèle d'organisation des services de première ligne. Ainsi, en 2002-2003, il y avait seulement 17 GMF et 201 médecins participants dans l'ensemble du Québec. Cependant, 8 ans plus tard, le nombre de GMF est passé à 221 et 3 219 médecins y participent.

C'est donc aujourd'hui près de 40 % des omnipraticiens québécois qui sont associés à un groupe de médecine de famille. C'est un progrès significatif et il est important de poursuivre sur cette lancée. Dans son rapport de 2009, le Commissaire recommandait que soit atteinte la cible de 300 groupes de médecine de famille au cours des prochaines années.

Toutefois, parallèlement au développement de la pratique médicale de groupe en première ligne, il faut s'assurer que soient maintenus les éléments qui font que ces cliniques sont bénéfiques pour les patients. On pense ici à l'inscription de la clientèle, aux ententes contractuelles conclues avec les centres de santé et de services sociaux et à la présence, parmi l'équipe traitante, de professionnels de la santé autres que les médecins. En effet, c'est seulement quand les pratiques de groupe possèdent ces caractéristiques qu'on observe une amélioration de l'accès, de la qualité et de la continuité des soins.

Figure 1. Évolution du nombre de GMF et de médecins participants (MD) au Québec de 2002-2003 à 2010-2011



Référence: Rapports annuels de gestion du ministère de la Santé et des Services sociaux (2002-2003 à 2010-2011)

L'INTERDISCIPLINARITÉ EN PREMIÈRE LIGNE :
LE QUÉBEC EN RETARD PAR RAPPORT AU RESTE DU CANADA ET AUX PAYS DE L'OCDE

Comparativement au reste du Canada et aux pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), le Québec affiche un retard relativement important quant à l'interdisciplinarité en première ligne. En effet, l'enquête du Commonwealth Fund de 2008 auprès des personnes présentant les plus grands besoins de santé indique qu'au Québec, moins d'une personne sur cinq (19 %) bénéficie de la participation régulière d'une infirmière ou d'un autre membre du corps médical (à l'exception d'un médecin) à leurs soins de santé (figure 2). Au Canada, ce pourcentage est de 27 % et il atteint même 60 % au Royaume-Uni.

On trouve des résultats similaires dans l'enquête du Commonwealth Fund de 2009 auprès des médecins (figure 3). En effet, seulement 25 % des médecins québécois indiquent que d'autres professionnels appellent systématiquement leurs patients pour vérifier les médicaments et les symptômes ou coordonner les soins prodigués entre les visites. On note aussi qu'à ce sujet, les résultats du Canada et de plusieurs pays de l'OCDE sont bien supérieurs à ceux du Québec (40 % au Canada et 79 % en Nouvelle-Zélande).

Ce retard du Québec vis-à-vis de l'interdisciplinarité en première ligne a des conséquences importantes sur la qualité des soins, la disponibilité des médecins et la promotion et la prévention dans le domaine de la santé. Il est donc nécessaire que le Québec accélère la mise en place de mesures favorisant la participation de professionnels non médecins (infirmière, ergothérapeute, physiothérapeute, psychologue, nutritionniste, etc.) dans les pratiques de groupe. Il devra également faire un effort important pour augmenter le nombre d'infirmières praticiennes, qui n'étaient seulement que 38 au Québec, en 2009, contre plus de 1 000 en Ontario. Finalement, le Québec devra élargir le rôle des pharmaciens en ce qui concerne la gestion des ordonnances et des problèmes de santé mineurs.

La mission du Commissaire

La mission du Commissaire à la santé et au bien-être consiste à apporter un éclairage pertinent au débat public et à la prise de décision gouvernementale dans le but de contribuer à l'amélioration de l'état de santé et de bien-être des Québécoises et Québécois. Chaque année, le Commissaire publie un rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux. En 2009, le rapport du Commissaire portait sur la première ligne de soins.
Plus d'information >

Les enquêtes du Commonwealth Fund

Depuis 2009, le Commissaire à la santé et au bien-être collabore avec le Commonwealth Fund dans le cadre d'une enquête internationale sur les politiques de santé réalisée dans une dizaine de pays, dont le Canada et les États-Unis. L'objectif de cette enquête est d'évaluer la perception de la population et des médecins sur le système de santé et la qualité des soins offerts.

Relativement à ces enquêtes annuelles, le Commissaire s'assure de la sélection d'un échantillon représentatif de la population québécoise afin de pouvoir comparer le Québec aux autres provinces canadiennes et aux pays participants de l'étude.

Les données présentées dans ce document proviennent des enquêtes de 2008 et de 2009 du Commonwealth Fund.
Plus d'information >

Figure 2. Participation régulière d'une infirmière ou d'un autre membre du corps médical (à l'exception d'un médecin) aux soins de santé
Voir le rapport >

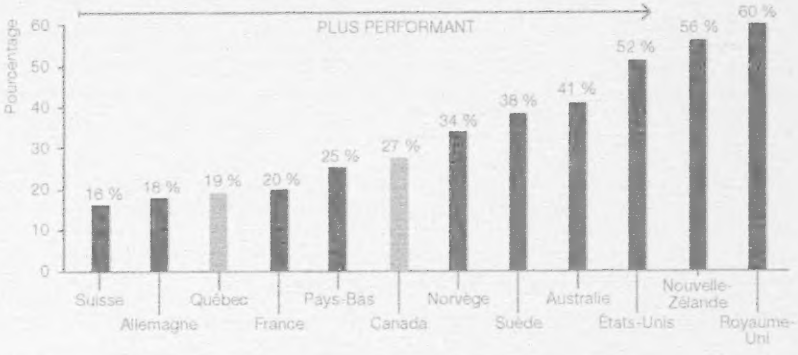
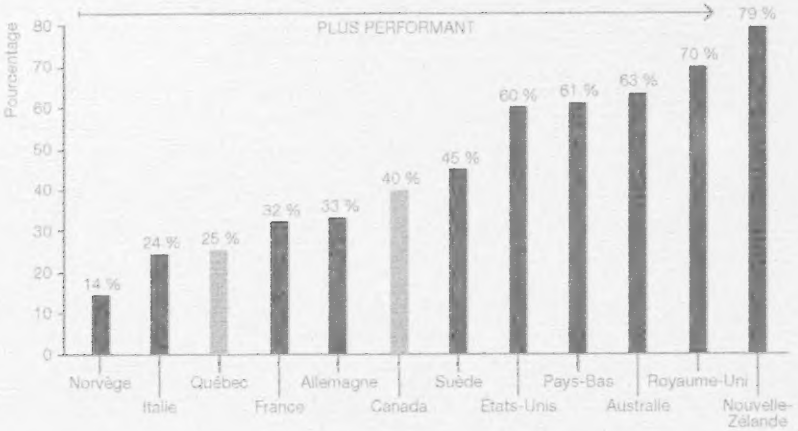


Figure 3. Appel systématique des patients par les autres professionnels pour vérifier les médicaments et les symptômes ou coordonner les soins prodigués entre les visites
Voir le rapport >



Ce document a été réalisé en collaboration avec la Direction de l'analyse et de l'évaluation des systèmes de soins et services de l'Institut national de santé publique du Québec.

Commissaire à la santé et au bien-être
Québec